Artigo de revisão

TRANSTORNO DEPRESSIVO NO IDOSO: RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Francisco Breno Magalhães Barbosa[a], Lara Sales Biermann[a], Arnaldo Aires Peixoto Júnior[b], Gilson Holanda Almeida[c]

PALAVRAS-CHAVE
Idoso, depressão, envelhecimento, geriatria, escalas de graduação psiquiátrica, fatores de risco.

RESUMO

Introdução: A depressão é um problema de saúde frequente entre idosos e, muitas vezes, de difícil identificação na prática clínica. Acarreta perda de autonomia, agravamento de quadros patológicos preexistentes e se associa com maior risco de morbimortalidade, suicídio e negligência no autocuidado. O diagnóstico e o tratamento ainda se configuram deficientes. **Objetivos:** Identificar o uso de escalas de triagem, conhecer dados epidemiológicos na realidade brasileira e fatores de risco relacionados à depressão no idoso. **Método:** Estudo exploratório utilizando pesquisa bibliográfica de consulta a livros, documentos e artigos das bases MEDLINE, SCIELO, LILACS publicados de 2006 a 2011 referentes ao tema. **Resultados:** Síndromes depressivas são os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes em idosos, com taxas de depressão de cerca de 5% e sintomas depressivos significativos em até 15%. A prevalência em idosos hospitalizados ou institucionalizados atinge 22%. Na comunidade, a prevalência na literatura varia entre 6,4%-59,3%. **Dentre os principais fatores de risco estão:** sexo feminino, viuvez, baixas escolaridade e renda, presença de doenças físicas crônicas, vulnerabilidade neurológica e eventos estressantes da vida. Os principais métodos de triagem identificados para diagnóstico foram: escala de depressão geriátrica, Center for Epidemiological Studies e DSM-IV-TR. **Conclusões:** A depressão no idoso é um problema de saúde pública que não pode ser entendido como manifestação do envelhecimento fisiológico. O uso rotineiro de instrumentos de triagem permite o diagnóstico de muitos casos que passam despercebidos e podem influenciar na qualidade de vida dos pacientes.

DEPRESSIVE DISORER IN ELDERLY PEOPLE: SCREENING, DIAGNOSIS AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS

KEY WORD
Aged, depression, geriatric psychiatry, psychiatric status rating scales, risk factors.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a health problem that is frequent among elderly people. Most of the time it is difficult to identify in clinical practice. It results in the loss of autonomy, aggravation of a preexistent pathological state and it is also associated with a bigger risk of morbid-mortality, suicide and negligence in self-care. The diagnosis and the treatment are still deficient. **Objectives:** To identify the selected range used, to know epidemiological data in Brazil and risk factors related to elderly people's depression. Method: Explanatory study using bibliography research from books, documents and articles that are related to the theme from the basis MEDLINE, SCIELO, LILACS published from 2006 to 2011. **Results:** Depressive syndromes are psychiatric disturbance more prevalent among elderly people with 5% of depression and significant depressive symptoms up to 15%. The prevalence of hospitalized or institutionalized elderly people reaches 22%. The prevalence in literature varies between 6.4 to 59.3% in the community. Among the main risk factors are: female sex, widowhood, low schooling, chronic physical diseases and stressful events of life. The main methods of selection identified for diagnosis have been: the level of geriatric depression, center of epidemiological studies and DSM-IV-TR. **Discussion and conclusion:** Depression in elderly people is a problem of public health that can't be seen as a manifestation of physiological aging. The use of routine instruments of selection helps the diagnosis in many cases that may be unnoticeable and may influence in these patients quality of life.

[a] Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Christus, Fortaleza (CE). Responsável pela proposição do tema, pela definição dos objetivos, pela pesquisa bibliográfica e pela formatação das referências.
[b] MD, MSc, Coordenador do CHA-VI (Comunicação, Habilidades e Atitudes) e professor de geriatria do curso de medicina da Faculdade Christus, Fortaleza (CE). Responsável pela construção dos objetivos, pela metodologia e pela redação final.
[c] MD, MSc, PhD, professor de psiquiatria do curso de medicina da Faculdade Christus e diretor de ensino e pesquisa do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza (CE). Responsável pela construção dos objetivos, pela metodologia e pela redação final.

Dados para correspondência
Francisco Breno Magalhães Barbosa – Rua Vicente Leite, 960, apto. 702, Meireles, Fortaleza, CE, CEP: 60170-150. Tels.: (85) 9997-8014 e (85) 3023-8014. E-mail: fbrenomagalhaes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, é hoje um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral. Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão, considerada, no final do século XX o "mal do século", merece especial atenção.[1]

Segundo levantamento feito pela DSM-IV-TR, a partir de amostras comunitárias, o risco para transtorno depressivo maior durante a vida varia de 5%-25%.[1] A escala de depressão geriátrica (*Geriatric Depression Scale*, GDS)[2] e a escala do Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D)[3] são instrumentos de rastreio reconhecidos como recursos rápidos, simples e úteis para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão na velhice.[3]

No Brasil, a GDS é bem conhecida e utilizada por pesquisadores e clínicos. A CES-D é de uso recente, em populações jovens e adultas, e entre idosos suas propriedades psicométricas ainda não foram exploradas.[3] De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1990 a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de saúde pública, sendo considerada a doença com mais consequências econômicas em todo o mundo. Essa síndrome, no ano 2020, será a segunda moléstia, em termos quantitativos, que mais afetará os países desenvolvidos, e a primeira em países em desenvolvimento.[4]

É importante estar atento ao idoso quanto a problemas psiquiátricos, pois a presença de comorbidades e o uso de múltiplos medicamentos são habituais na população geriátrica, fazendo com que tanto o diagnóstico quanto o tratamento dos transtornos do humor se tornem mais complexos.[5]

Este trabalho tem como objetivos identificar o uso de escalas de triagem, levantar a epidemiologia brasileira e conhecer os fatores de risco relacionados à depressão no idoso.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório utilizando o método da pesquisa bibliográfica que, segundo Silva e Schappo (2001, p. 46), "consiste na procura de referências teóricas publicadas em livros, artigos, documentos etc., para o pesquisador que procura explicar um problema a partir das referências neles publicadas, tome conhecimento e analise as contribuições científicas ao assunto em questão".[6] As fontes consultadas foram livros, documentos e revistas impressas e artigos extraídos das bases de dados MEDLINE, SCIELO, LILACS publicados nos últimos cinco anos referentes ao tema. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de janeiro a junho de 2011.

ESCALAS DE TRIAGEM DE DEPRESSÃO NO IDOSO

Nas últimas décadas foram publicados numerosos estudos abordando os principais métodos de diagnóstico de depressão, citando-se, além dos critérios do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 4ª edição (DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)[7] e da CID-10 (décima revisão da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*),[8] os instrumentos de avaliação/rastreio de saúde mental, como o SPES (*Short Psychiatric Evaluat Schedule*), validado para a língua portuguesa, a escala de depressão em geriatria (*Geriatric Depression Scale*, EDG), entre outros.[7,8]

A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreio de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage *et al.* (1983), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor nessa etapa da vida, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Entre as suas vantagens, destacam-se: ser composta por perguntas fáceis de ser entendidas; ter pequena variação nas possibilidades de resposta; ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.[3]

A EDG, com 15 itens (EDG-15), é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão.[9]

Um trabalho de Paradela *et al.* (2005) aplicou a EDG-15 e obteve como resultado boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade de 81% e especificidade de 71%, quando usado o ponto de corte 5/6.[2] Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos de humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor.[2]

Em outro estudo, constatou-se que a EDG-30 apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 57%, e a EDG-15 apresentou sensibilidade de 50% e especificidade de 62%, evidenciando que a EDG pode ser útil para detectar como negativos os pacientes que realmente não apresentam depressão, sendo necessárias outras pesquisas para aumentar a sua especificidade e o seu valor preditivo positivo.[10]

Levando-se em consideração o nível de escolaridade da população geriátrica, em alguns levantamentos foi demonstrado que a escala EDG, quando usada em idosos com nível de escolaridade elevado, não demonstrava pontuação relacionada com sintomatologia depressiva, tornando-se mais rara nessa faixa etária. A escolaridade foi a variável mais consistentemente associada com a intensidade de depressão em vários estudos, pensando-se nessa hipótese para a baixa pontuação da EDG.[11]

Dessa forma, a escolaridade exerceria um papel protetor para sintomas depressivos ou para a sua expressão, sugerindo a criação de uma nova escala, mais simples e de entendimento mais fácil para pacientes que têm nível cognitivo rebaixado.[12]

Outro método de triagem usado em estudos de depressão geriátrica foi o inventário de depressão de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*), composto por 21 itens, abordando os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão, comportando cada item quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0-3).[13] Cabe ao respondente indicar qual das quatro afirmações descreve melhor os seus sintomas. O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala, resultando na seguinte normatização, segundo o Centro de Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 1988): a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; b) depressão leve-moderada: escores finais entre 12-19 pontos; c) depressão moderada-grave: escores finais entre 20-35 pontos; d) depressão grave: escores finais entre 36-63 pontos. Em amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes: escores acima de 15 indicam disforia e, acima de 20, depressão.[14]

Ao longo dos anos, foram elaboradas duas novas versões do BDI: uma curta ou breve e outra, mais recente, denominada inventário de depressão de Beck II (BDI-II). Desta foram retirados alguns itens (perda de peso, distúrbios da imagem corporal, preocupação com o corpo e dificuldade no trabalho), substituídos por outros (perda de energia e dificuldade de concentração). Além disso, os autores ampliaram a duração dos sintomas de uma para duas semanas, de acordo com as normas do DSM-IV-TR.[10] De acordo com Gorestein & Andrade[15] (p. 245), "há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI [...], dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo". Ruscio & Ruscio[16] comentam que comparações entre estudos utilizando o BDI tornam-se inconsistentes em função dos diferentes pontos de corte adotados.

Dentre os estudos realizados com o BDI encontra-se o de Kim *et al.* (2002),[17] que avaliaram a precisão dos itens dessa escala para verificar sintomas depressivos em idosos. Segundo os autores, "a depressão é uma das doenças mentais mais comuns em idosos, afetando ao menos um de cada seis pacientes que procuram o atendimento médico geral"[17] (p. 379). No entanto, alguns trabalhos vêm contestando essa afirmação, assegurando que as escalas superestimam os níveis de depressão em idosos, porque a normatização das escalas produz escore único, fruto do somatório dos itens da escala, dentre os quais se encontram aqueles relacionados ao aspecto somático da depressão, como distúrbios do sono e do apetite, perda de peso, fadiga, perda da libido, que servem tanto para diagnosticar sintomas de depressão como para diagnosticar sintomas naturais decorrentes do próprio envelhecimento. Dessa forma, tanto as doenças comuns na terceira idade podem superestimar o diagnóstico de depressão em idosos como o uso de medicamentos pode, simultaneamente, mascarar sintomas.[9]

A escala do Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D), validada para idosos brasileiros, é outro método de triagem visto em alguns estudos. A escala contém 20 itens escalares sobre o humor, sintomas somáticos, interações sociais e funcionamento psicomotor. As respostas são em escala Likert (0: nunca ou raramente; 1: às vezes; 2: frequentemente; 3: sempre). Em estudo de validação com idosos brasileiros, identificou-se o ponto de corte válido (≥ 12 pontos) para rastrear sintomatologia. O instrumento mostra-se psicometricamente adequado para uso entre idosos.[3] Entretanto, pesquisas adicionais de natureza longitudinal e transversal, desenvolvidos em diferentes contextos, poderão esclarecer os efeitos de variáveis somáticas e situacionais sobre os resultados desse instrumento em pessoas idosas.[18]

Outra escala de rastreio é o instrumento de avaliação SPES (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*). Tal instrumento apresenta a vantagem de ser validado para a língua portuguesa, além de ser relativamente curto e de fácil treinamento. Por meio de 15 questões objetivas e diretas, explora o prazer da vida, a dificuldade do cotidiano, a disposição das pessoas, os sentimentos de felicidade e utilidade, a sensação de solidão, o sono e os sintomas físicos, como dor de cabeça, dificuldade de andar, falta de ar e fraqueza. Um escore de sete ou mais pontos indica sintomatologia depressiva. Análise discriminante apontou que uma versão reduzida do teste com seis itens, SPES-R, mostrou desempenho superior.[19]

Alguns estudos mostram associação significativa entre a sintomatologia depressiva e o estado cognitivo, medido pelo miniexame do estado mental (MEEM). Os que apresentaram comprometimento do estado cognitivo (escore no MEEM <24) eram mais deprimidos comparados àqueles sem déficit cognitivo (escore no MEEM ≥24), assinalando uma associação de dois diagnósticos bastante comuns entre idosos: depressão e déficit cognitivo. Ambos estão inter-relacionados, visto que a depressão pode, muitas vezes, levar a quadros clínicos diagnosticados como demência, e os casos de demência geralmente cursam com sintomas de depressão. Relativamente ao comprometimento nas atividades de vida diária (AVDs),[20] verifica-se uma tendência crescente na proporção de deprimidos à medida que os idosos se tornam mais dependentes fisicamente. Há maior proporção de deprimidos entre os idosos com maiores índices de comprometimento nessas atividades.[20]

Conforme o item A dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, da American Psychiatric Association,[7] o diagnóstico de depressão foi feito no caso de ocorrência de cinco ou mais determinados sintomas, com

comprometimento funcional, durante o período mínimo de duas semanas, sendo pelo menos um dos sintomas humor deprimido ou perda de interesse/prazer. Os demais sintomas são: perda ou ganho de peso; insônia ou excesso de sono; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração; pensamento de morte recorrente ou ideias suicidas.[7,21]

Outro método promissor que ainda precisa de validação como diagnóstico é a escala de depressão para idosos (EDI), composta por dois fatores principais: fator cognitivo-afetivo (n = 27 itens) e fator somático-motor (n = 11 itens), resultando no total de 38 itens. São componentes cognitivo-afetivos: pessimismo recorrente, baixa motivação, baixa autoestima, atribuição interna de causalidade (p. ex., culpa, fracasso), autoatitude negativa, generalização de eventos negativos, ampliação da seriedade dos problemas, perda da memória e/ou concentração, tristeza, melancolia, apatia, sentimentos de rejeição, abandono, medo, irritabilidade e ansiedade, entre outros. Os componentes somático-motores estão relacionados ao aspecto físico/motor, como: retardo ou agitação psicomotora (p. ex., lentidão motora ou da fala, agitação, intranquilidade), alterações no sono e no apetite, perda da libido e imunossupressão. A escala proporciona, ainda, um fator de segunda ordem, denominado nível geral de depressão, que reúne em si os itens dos dois fatores principais.[7]

Verificou-se que, para fins de pesquisa em população idosa com reduzida escolaridade, a estrutura de itens da EDI avalia o constructo depressão e apresenta fatores com índices de precisão dentro dos padrões exigidos pela psicometria, porém, para fins diagnósticos, ainda são necessários estudos posteriores que verifiquem essa validade.[9]

Com esses dados, foi denotado que o uso rotineiro, por médicos, de instrumentos de triagem de depressão, facilmente aplicáveis na prática clínica, permitiria não só o diagnóstico de muitos casos da doença, que passam despercebidos e influenciam adversamente a qualidade de vida dos pacientes, como também o prognóstico das comorbidades existentes, as quais contribuem para maior mortalidade, seja pelo aumento do risco de suicídio, seja pela evolução desfavorável das doenças crônicas existentes. A depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada.[21]

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O último relatório de Síntese dos Indicadores Sociais (SIS) de 2010, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para o ano de 2009, salienta que o Brasil possui 21 milhões de idosos. No período de 1999-2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%.[22] Os distúrbios neuropsiquiátricos, como a depressão, são as principais causas de perda da capacidade de realizar as atividades diárias em pacientes idosos.[5] A depressão manifesta-se em até 5% dos adultos idosos, e sintomas depressivos significativos estão presentes em até 15% dessa população.[5] As síndromes depressivas, juntamente com as síndromes demenciais, representam os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes em indivíduos da terceira idade.[23]

Em diversos estudos, a prevalência da depressão ao longo da vida figura ao redor de 15%.[24] A depressão ocupa o quinto lugar no mundo como problema de saúde mais incidente, afetando 120 milhões de pessoas, segundo a OMS. De acordo com as projeções, estima-se que, em 20 anos, a depressão ocupará o segundo lugar, perdendo apenas para as doenças cardíacas.[22] Segundo Harris *et al.* (2006), a incidência de depressão foi de 8,4%.[25]

Os transtornos depressivos entre idosos que vivem na comunidade variam de 4,8%-14,6%, e a prevalência em idosos hospitalizados ou institucionalizados é maior, atingindo 22%.[11] Por outro lado, os estudos que avaliam os sintomas clinicamente relevantes e que utilizam as escalas de sintomas mostram prevalência na comunidade que varia de 6,4%-59,3%.[26]

FATORES DE RISCO

Em razão de sua alta prevalência, a depressão constitui importante problema de saúde pública na população idosa, com frequente associação a doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio, sendo importante ressaltar a existência e o reconhecimento dos principais fatores de risco que podem predispor a ela.[21]

De acordo com a literatura, quando deprimidos, os idosos são menos propensos a apresentar sintomas afetivos e mais tendentes a mostrar alterações cognitivas, sintomas somáticos e perda de interesse, em comparação aos adultos mais jovens. A bibliografia sugere que uma variedade de fatores de risco leva ao desenvolvimento de depressão nos idosos, provavelmente relacionados com complexas interações entre vulnerabilidades genéticas, distúrbios cognitivos associados à idade, alterações neurobiológicas e eventos estressantes.[27]

O envelhecimento provoca numerosas perdas que poderiam influenciar a produção de uma síndrome depressiva, por comprometer a qualidade de vida, como, por exemplo, a perda de contatos e das funções sociais, bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a redução dos recursos mínimos para a sobrevivência, pela aposentadoria, e a perda do companheiro.[11]

Além dos fatores mencionados, sugeriu-se também a história de depressão pregressa, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, renda baixa,

insatisfação com o suporte social, ansiedade, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva.[11]

Idosos institucionalizados são bastante afetados, pois apresentam maior incidência de sintomas depressivos ante a ausência de perspectivas positivas em relação à sua própria vida. O sentimento de abandono e a instabilidade em relação ao futuro são constantes nessas pessoas.[13] Foi observada também tendência crescente na proporção de deprimidos à medida que os idosos se tornavam mais dependentes fisicamente.[20] Verificou-se, ainda, que queixas em relação à quantidade de sono (insônia, hipersonia) associam-se com o risco aumentado de depressão.[22]

Publicações recentes têm revelado a influência dos aspectos da personalidade sobre a qualidade de vida e a depressão em idosos. Os que são mais voltados para si próprios, menos interativos e pouco dominantes apresentaram escores menores de sintomas sugestivos de depressão em relação àqueles que são mais voltados e interessados no outro, mais deferentes, organizados, persistentes e interativos, porém são necessários outros estudos para explicar e consolidar essa afirmação.[28]

Além disso, observou-se que 76,6% dos idosos afirmaram que na última consulta o médico não perguntou se eles se sentiam tristes ou deprimidos, evidenciando que a depressão nos idosos é pouco investigada em ambientes clínicos, sugerindo que os médicos sejam alertados sobre isso e recebam treinamento adequado para o monitoramento de depressão nesse grupo etário.[1]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da bibliografia permite traçar reflexões sobre alguns aspectos desse amplo transtorno psiquiátrico. Na maioria dos estudos citados, a análise dos resultados foi efetuada com base na efetividade das escalas usadas para triagem, comparações epidemiológicas das diversas regiões do Brasil e nos fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento da depressão em idosos.

A literatura revisada apoia a perspectiva de que a depressão não é uma parte normal do envelhecimento. Embora a depressão no idoso seja frequentemente menos grave, as consequências podem ser devastadoras. Os estudos corroboram também os achados para sexo e escolaridade, ao apresentar maiores riscos de recorrência entre as mulheres e indivíduos com menor escolaridade. A escolaridade tem sido apontada na literatura gerontológica como fator de resiliência ou proteção, por ampliar os recursos de enfrentamento dos idosos diante de situações estressantes e da depressão. Diversos estudos apontam que os riscos biológicos tornam-se dramaticamente mais prevalentes na terceira idade, considerando que aumenta a vulnerabilidade psicológica e diminui a resiliência psicológica ao longo da vida. Há um consenso substancial sobre grandes categorias de fatores de risco para depressão no idoso, que incluem vulnerabilidade neurológica, doenças, deficiências físicas e eventos estressantes da vida, como o luto e a ausência de cuidados familiares. Várias pesquisas estão apenas começando a estudar as interações entre esses fatores de risco. Com os diversos estudos e descobertas sobre esses fatores e sua relação protetora, a concepção e o ensaio de novas abordagens de prevenção da depressão tornar-se-ão mais viáveis.

A literatura sobre a depressão sinaliza que um episódio depressivo constitui risco para a ocorrência de outros episódios, principalmente entre indivíduos que não receberam nenhum tipo de intervenção em saúde mental, mostrando a grande importância de uma triagem dos médicos para essa doença tão complexa. Conclui-se também que o uso rotineiro de instrumentos de triagem de depressão, facilmente aplicáveis na prática clínica, permitiria não somente o diagnóstico de muitos casos da doença, que passam despercebidos e influenciam adversamente a qualidade de vida dos pacientes, como também o prognóstico das comorbidades existentes, as quais contribuem para maior morbimortalidade, seja pelo aumento do risco de suicídio, seja pela evolução desfavorável das doenças crônicas existentes. Enfim, é fundamental que a população em geral, e principalmente os profissionais de saúde, saiba que a depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada adequadamente.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Gazalle FK, Hallalb PC, Silva M. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? Rev Bras Pisquiatr. 2005; 26(3):145-49.
2. Paradela EMP, Lourenço RA, Verasc RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(6):918-23.
3. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino A. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4):598-605.
4. Vieira KFL, Coutinho MPL, Nascimento E. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. Psicol. Cienc. Prof. 2008; 28(4):714-27.
5. Pinto RBR, Bastos LC. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão da literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2007; 10(3):361-69.
6. Silva MB, Schappo VL. Introdução à pesquisa em educação. Caderno Pedagógico 1. Florianópolis: Udesc, 2002.
7. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR . Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 .ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descricões e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

9. Giavoni A, Melo GF, Parente I, Dantas G. Elaboração e validação da escala de depressão para idoso. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(5):975-82.
10. Sousa RL, Medeiros JGM. Validade e fidedignidade da escala de depressão geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(2):102-07.
11. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2007; 29(1):19-27.
12. Siqueira GR, Vasconcelos DT. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da escala de depressão geriátrica (EDG). Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1):253-59.
13. Oliveira KL, Angeli AA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Psicologia em Estudo. 2006; 11(2):351-59.
14. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psichometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evoluation. Cli Psychol ver. 1988; 8:77-100.
15. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica. 1998; 5(5): 245-50.
16. Ruscio AM, Ruscio J. The latent structure of analogue depression: should the Beck Depression Inventory be user to classify groups? Psychol Assess. 2002; 14:135-45.
17. Kim Y, Pilkonis PA, Frank E, Thase ME, Reynolds CF. Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late--life patients: use of Item Response Theory. Psychol Aging. 2002; 17(3):379-91.
18. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Prospective measures of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals. Revista Saúde Pública. 2010; 44(6):1137-43.
19. Baptista ASD, Neves STV. Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. Psic, Revista de Psicologia da Vetor Editora. 2008; 9(2):155-64.
20. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(1)1-7.
21. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(3):691-700.
22. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2009; 12(1):123-40.
23. Santana A, Barboza JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. Revista Baiana de Saúde Publica. 2007; 31(1):134-46.
24. Costa ACB. Prevalência de depressão em mulheres idosas com fratura de quadril. Rev. Psiquiatr. Clín. 2009; 36(3):79-82.
25. Harris T, Cook DG, Victor C, Dewilde S, Beighton C. Onset and persistence of depression in older people — results from a 2-year community follow-up study. Age Ageing. 2006; 35: 25-32.
26. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 376-86.
27. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 2009; 5:363-89.
28. Irigaray TQ, Schneider RH. Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. Psicologia em Estudo. 2009; 14(4):759-66.